RK
1
A66

ANESTHÉSIE LOCALE spécialement appliquée à l'Art dentaire.
Oléo-Gaïacol Ed. BAZIN
(Solution titrée de GAIACOL absolu pour injections hypodermiques.)
EN BOITES DE 1 ET 5 AMPOULES
(Remise d'usage à MM. les Dentistes)
Pharmacie Fauré-Mailho; Ed. BAZIN, Succ. 9, C. Victor-Hugo, BORDEAUX

Institution du Docteur D. LA FONTAINE, Officier d'Académie
8, rue Capdeville. — BORDEAUX
Préparations : Certificat d'Études (Pharmacie) — Certificat d'Études P. C. N. (Médecine) — Certificat d'Études **(Ecole dentaire)**. — *Baccalauréats. Écoles vétérinaires.*

2me ANNÉE — N° 11 — NOVEMBRE 1896.

ARCHIVES NATIONALES DE STOMATOLOGIE ET D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Organe de l'École et des Praticiens de la Province

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

Articles originaux : *Sur le travail à pont et à couronne fait au moyen de la porcelaine. par M.* MAY-BARRAL, *chirurgien-dentiste diplômé, chef de clinique à l'école et clinique dentaire de Bordeaux.* — **Intérêts professionnels** : *Du titre de Chirurgien-dentiste devant la loi.* — **Bibliographie** : *Analyse de la Thèse du Docteur La Fontaine.* — **Chronique locale** : *Examens, Concours, Circulaire de la Faculté.*

PRIX DE L'ABONNEMENT
UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

M. Louis SEIGLE, Administrateur.

MÉTAUX PRÉCIEUX - INSTRUMENTS de CHIRURGIE DENTAIRE
DENTS — CAOUTCHOUCS — PLOMBAGES — OUTILLAGE
CONTENAU & GODART Fils, 7, rue du Bouloi, PARIS.

J. PÉRIÉ
TOULOUSE — ALLÉES LAFAYETTE, 29 — **TOULOUSE**
Fournitures pour dentistes — Dents minérales de S. S. WHITE et de Ash et Fils — Poudre dentifrice de S. S. WHITE — Or en feuille et en cylindres — Instruments — Tours à fraiser — Fauteuils — Appareils à vulcaniser — Tours d'atelier — Limes — Plombages métalliques — Ciments, etc.

Cours pratiques de Clinique Dentaire

DU MATIN

De 8 h. à midi. — Cours de *dentisterie* par MM. les professeurs :

LUNDI, **Dumora**, Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

M. Paul CAYROL, démonstrateur.

MARDI : **Brugeille,** diplômé de Baltimore, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.

M. Jacques PORENTRU, démonstrateur.

MERCREDI : **Seigle,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Camille PAPON, démonstrateur.

JEUDI : **Rolland**, docteur en médecine, Directeur de l'École. (*Anesthésies)*.

Chef de Clinique : M. Mày BARRAL, Docteur en chirurgie dentaire de Philadelphie, Chirurgien dentiste diplômé.

M. Elie LASSAQUE, démonstrateur.

VENDREDI : **Lot,** Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

M. Jean ARMAND, démonstrateur.

SAMEDI : **Dutour,** Docteur en médecine, Diplômé de l'École dentaire de Paris.

Chef de Clinique : M. QUÉRÉ, docteur en médecine, diplômé de l'École dentaire de Bordeaux.

M. Marcel DENOYER, démonstrateur.

COURS DE MÉCANIQUE ET DE PROTHÈSE DENTAIRES

LUNDI, de 2 à 5 h., M. **Louis Seigle,** Chirurgien-dentiste. — Chef de laboratoire.

MERCREDI : de 2 à 5 h., M. PORENTRU, Démonstrateur de Prothèse.

VENDREDI : de 2 à 5 h., M. **Louis Seigle,** Chirurgien-dentiste. — Professeur de Prothèse.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

Articles originaux : *Sur le travail à pont et à couronne fait au moyen de la porcelaine, par M.* MAY-BARRAL, *chirurgien-dentiste diplômé, chef de clinique à l'école et clinique dentaire de Bordeaux.* — **Intérêts professionnels** : *Du titre de Chirurgien-dentiste devant la loi.* **Bibliographie** : *Analyse de la Thèse du Docteur La Fontaine.* **Chronique locale** : *Examens, Concours, Circulaire de la Faculté.*

SUR LE TRAVAIL A PONT ET COURONNE

(Crown and bridge Worke.)

Fait au moyen de la porcelaine.

I. — Très souvent le Chirurgien-dentiste est appelé auprès de ses clients pour aviser au remplacement d'une dent ou plutôt d'une couronne perdue par traumatisme, carie ou toute autre cause, alors que la racine est parfaitement saine.

C'est par une dent à pivot solidement établie et de couleur semblable aux autres dents qu'il interviendra.

La plupart du temps, c'est une des six dents de devant ou même des prémolaires que beaucoup de personnes découvrent en parlant ou en riant, qu'on aura à traiter. On comprend donc toutes les exigences que nécessitent de pareilles réparations et les soins que doit apporter le Chirurgien-dentiste dans cette restauration qui intéresse si directement l'esthétique du visage.

Dans le même ordre d'idées, je ne veux que signaler la nécessité absolue que subissent certaines personnes de faire recouvrir d'une coiffe métallique les couronnes plus ou moins cariées de leurs grosses molaires. La mastication des aliments en dépend, et cette fonction négligée détermine des digestions longues et pénibles que suivent tôt ou tard les gastrites et leurs cruelles conséquences.

Que de fois les docteurs envoient leurs malades au Chirurgien-dentiste pour faire examiner et soigner leur bouche. Ils ont épuisé la série des médicaments et malgré des soulagements momentanés, le mal a repris ses droits, et c'est en désespoir de cause qu'ils les envoient au dentiste, presque pour se tirer les malades de devant. Quand nous examinons les bouches de ces clients (par ricochet) nous nous trouvons en présence de huit, dix, douze dents cariées, si ce n'est quelque fois plus

Quelle est donc à ce moment la conduite que doit tenir le Chirurgien? Doit-il enlever toutes les dents? Non, ce serait un délabrement, un désastre pire que le mal ; sa conduite serait absolument en contradiction avec la saine doctrine chirurgicale qui veut la conservation, la conservation quand même. Le praticien épuisera dans ses efforts toutes les ressources de l'antisepsie, toute sa patience et toute celle de son client; il traitera, il soignera ces racines, les désinfectera et plus tard, quand il croira que le nécessaire est fait, il pourra placer sur elles des dents à pivot, des couronnes d'or et d'alliage, si les ressources du malade le permettent, sinon on procédera de la même façon, et on conservera autant que possible ces mêmes racines désinfectées afin d'empêcher l'affaissement des contours de la face que ne manquerait pas de déterminer leur absence.

Rien de particulier à signaler sur la désinfection des racines dans les cas de 4° degré. On débarrasse comme d'habitude les canaux de toute matière organique par de fréquents lavages d'une solution tiède de permanganate de potasse, ou mieux, par des lavages d'eau oxygénée dont nous avons déjà décrit tous les avantages dans deux articles publiés en collaboration du Docteur Rolland dans les numéros 5 et 6 des *Archives nationales de Stomatologie et d'Art dentaire*. Puis, après avoir desséché à l'air aussi chaud qu'a pu le supporter le patient, nous laissons dans les canaux une petite mèche saturée d'un antiseptique quelconque, et enfin, quand l'asepsie est réalisée, nous obturons à la gutta-percha ou à l'oxychlorure de zinc. — En un mot, tout le traitement d'un quatrième degré suivi méthodiquement jusqu'à la guérison.

Une fois les racines en état, de quelle façon va-t-on choisir pour figurer la dent naturelle? Ceci s'impose naturellement; les dents de bouche, les prémolaires devront bénéficier des dents à pivot; les grosses molaires, des coiffes en or ou en alliage.

Mais que choisirons-nous, comme dent à pivot? Nous avons le choix depuis la simple dent à pivot soudée aux épingles de la dent jusqu'à la dent à pivot dite de Richmond. Pour nous, c'est celle-ci qui est la préférable et que nous conseillons chaudement; elle est en effet supérieure aux autres en raison de la force que lui donne son anneau enserrant la dent multipliant les points d'appui et faisant porter les efforts sur la totalité de l'organe, et en outre, par l'abri où ce collier met la racine de toute infiltration de salive. Les malades ont eu à s'en louer pendant de longues années.

La seule objection est que ces dents laissent voir l'or formant le trait d'union de la racine et de la couronne, et que dans ce cas, le but est manqué, puisque nous devons artificiellement reproduire la nature dans sa forme et sa couleur. Or, très souvent les dents soudées ont une teinte bleu-gris dans les tons des dents mortes, ou jaunâtre; il en résulterait une désagréable coloration si l'opérateur tenant compte de la couleur des dents ne contreplaquait la dent d'or ou de platine suivant les cas. Le désagrément de ceci, c'est que ce n'est que lorsque le travail est

terminé, que les défectuosités apparaissent, au grand mécontentement du praticien et de son client.

Le simple exposé de ces imperfections démontre abondamment quels sont les désavantages d'une méthode pourtant recommandable. Heureusement, et nous ne saurions trop nous en louer, qu'avec le nouveau fourneau de Downie, ces désavantages disparaissent à peu près tous.

***

Le Fourneau de Downie, dans la confection des Couronnes en Porcelaine.

II. — Dans ce modèle, il existe des fourneaux de grandeurs différentes. Les plus petits servent aux simples dents à pivot, les plus grands pour le travail à pont. Les plus petits suffisent à faire fuser et cuire la porcelaine des dents à pivot, et ceci en très peu de temps. En une minute, la porcelaine d'une dent à pivot est fondue et la fabrication d'une couronne recouverte de porcelaine, ou d'une dent à pivot ne demande qu'une minute et demie à deux, après que la flamme du fourneau a été portée à l'incandescence. Avec ceci on peut se rendre compte que la durée de la chauffe est portée à son minimum pour obtenir la fonte de la porcelaine. Ce fourneau possède un mouffle en platine qui est entièrement fermé. Ce n'est qu'au sommet qu'il existe une ouverture pour l'échappement du gaz, et la chaleur ne se fait pas par conséquent sentir, sans que la soufflerie qui lui est attachée soit mise en jeu et que l'oxygène de l'air ne se mélange au gaz donnant ainsi le maximum de température que peut atteindre un bec de Bunsen perfectionné.

La grandeur du mouffle varie d'après les fourneaux. Il présente différentes ouvertures, et ces ouvertures que l'on aperçoit à l'entrée du mouffle permettent de faire refroidir graduellement, sous l'œil de l'opérateur, la pièce fondue. Le fourneau est nickelé, mais on a eu la précaution de laisser un espace vide entre la paroi externe et le fourneau lui-même. Aussi, le nickel ne se ternit pas à la chaleur. La base du fourneau repose sur une substance non conductrice de la chaleur qui la sépare de la partie supérieure, de sorte que l'on peut mettre ce fourneau sur une table ou sur une étagère de bois, sans crainte de les brûler.

Les différentes phases de la cuisson sont très faciles à suivre. Tout d'abord, la porcelaine devient rouge foncé, de là passe au rouge clair et se couvre enfin d'une espèce de vernis qui indique que l'opération est terminée. On peut tout aussi bien réparer des dents cassées en mettant de la porcelaine en pâte entre les fragments, et en cuisant après. Downie a eu soin de préparer des boites de porcelaine en poudre qui sont vendues avec son fourneau. Chacune d'elles contient vingt-quatre couleurs différentes, y compris une couleur pour gencive. Il a eu le soin de faire placer des fragments de porcelaine cuits sur un carton, de les faire marquer d'un numéro correspondant à un numéro des petits flacons contenant la poudre de porcelaine, ce qui permet

de choisir immédiatement la couleur que l'on désire et de se rapporter du numéro du fragment au numéro du flacon. Pour obtenir la pâte de porcelaine qui doit être assez épaisse, on mélange la poudre de porcelaine avec de l'eau distillée dont l'usage fera connaître la quantité.

***

Préparation de la dent à pivot.

III. — Pour faire un Richmond en porcelaine la racine est préparée, comme d'habitude. Tout l'émail recouvrant le collet de la dent est enlevé au-dessus et au-dessous de la gencive; la racine est meulée au corindum, de façon que la partie antérieure soit usée au-dessous du niveau de la gencive, et la partie postérieure au-dessus du niveau palatin. C'est sur ce bord postérieur que se prendra en somme le point d'appui.

La circonférence de la racine est prise au moyen d'un petit fil de fer qu'on enroule autour de la racine. L'on coupe ce fil à l'endroit où les deux bouts se rencontrent; on le retire, on le redresse et l'on obtient ainsi la dimension exacte de la circonférence de la racine.

On place ce bout de fil sur un morceau de platine très mince que l'on coupe de la même dimension. L'on soude alors la bande de platine ainsi obtene bout à bout, avec un peu de soudure d'or pur. Il faut employer la plus petite quantité d'or, par ce que ce dernier brunit ou rend jaunâtre la porcelaine pendant la cuisson. On peut aussi couper la bande de platine un peu plus longue que le fil, de manière à souder l'un sur l'autre les deux bouts de la bande. Ceci fait, on place cette bande autour de la racine, on lui donne la forme voulue, on coupe tout ce qui dépasse le niveau de la racine qui est au-dessous de la gencive, de manière que la bande d'or soit exactement sur le même plan.

On enlève alors la bande. On soude sur sa surface supérieure un morceau de platine, toujours avec le moins d'or pur possible, et l'on obtient ainsi une coiffe de la racine. Cette coiffe est percée en son milieu d'un trou pour le passage du pivot qui ira de la dent artificielle dans le canal (fig. 1).

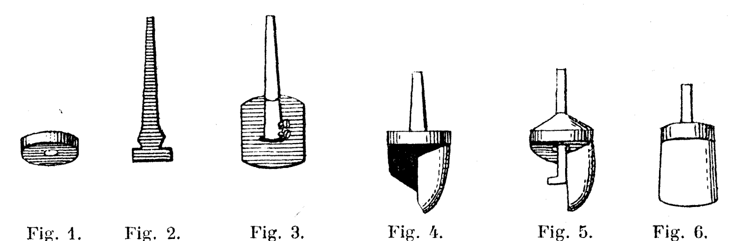


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

On coupe ensuite tout le platine qui dépasse les côtés de la bande.

On choisit alors un fil de platine ou de platine iridié, de forme carrée ou ronde, de la grosseur et de la largeur du canal de la racine que l'on aura toujours soin d'aggrandir, puis on aplatit ce fil à un de ses bouts, de façon qu'il se trouve plus large que l'espace compris entre les deux épingles de platine de la dent;

puis l'on coupe un petit espace de chaque côté de manière à permettre aux épingles d'y passer (fig. 2).

On met alors la dent en place, coupant la base si elle est trop longue, courbant le pivot s'il est besoin. Il n'est pas utile que la dent touche la surface de platine, car l'espace sera rempli plus tard avec la porcelaine. Une fois les épingles recourbées sur le pivot, il est préférable de les souder à ce dernier (fig. 3).

Puis au jugé on passe le pivot au travers de la coiffe et on fixe le tout avec de la cire dure. On rectifie la position si elle n'est pas exacte, on laisse durcir, et on enlève le tout soigneusement : on obtient ainsi la figure 4.

Dans un mélange de plâtre et de silex, ou de plâtre et de sable ou de poussière de marbre par parties égales, l'on enferme toute la petite pièce en laissant la cire seule à découvert. Le mélange durci, on y verse de l'eau bouillante pour enlever la cire, on chauffe par degrés et l'on soude le pivot aux épingles et à la coiffe, si ce n'est déjà fait. Une fois refroidi, on dégage la pièce de tout mélange (fig. 5.)

On pourrait, si on le voulait, lorsqu'on a obtenu la pièce représentée par la fig. 4, mélanger par parties égales le plâtre et le silex, enlever la cire et mettre directement la porcelaine sans souder les épingles et la coiffe au pivot; nous croyons qu'il est préférable de commencer par souder.

Ceci fait, on choisit la couleur de porcelaine dont on doit se servir. Si on ne la trouve pas, on combine ensemble deux ou trois couleurs et on obtient ainsi la couleur désirée. Mais ceci demande de l'expérience. Au moyen d'un tout petit pinceau, la porcelaine est mélangée avec de l'eau distillée jusqu'à la consistance d'une pâte assez épaisse. On a même soin d'en mettre sur le bord antérieur de la bande, de sorte que si un jour la gencive se déprime, la porcelaine seule apparaît. On a soin de bien remplir tous les espaces, surtout entre la coiffe et la dent, et en tâchant de reproduire autant que possible la forme naturelle des dents.

La pièce est alors prête pour le fourneau. Pour la cuire, la dent est placée dans un petit récipient de platine qui a la forme d'une petite boîte carrée. Sur le bord postérieur est un petit trou qui sert à placer le pivot de la dent, de façon que celle-ci ne bouge pas. L'on recommande d'avoir soin de mettre la face antérieure de la dent en haut.

On allume alors le fourneau que l'on chauffe d'abord doucement, car si l'on chauffait trop vite, le corps de la porcelaine se séparerait de la dent qui n'a pas encore la même température, surtout près des épingles. La cire a dû être soigneusement enlevée, car en brûlant elle noircirait un peu la porcelaine. On augmente graduellement la chaleur pendant une minute. Au bout d'une minute et demie ou deux la porcelaine, de rouge foncé devient rouge clair, et lors qu'enfin elle apparaît brillante, la cuisson est achevée.

On laisse refroidir et l'on s'aperçoit alors que la porcelaine s'est considérablement retractée; on en ajoute une nouvelle

couche et l'on recuit une seconde fois. L'on obtient ainsi une dent complètement revêtue de porcelaine. Plus on laisse refroidir la porcelaine, plus elle devient dure.

Le même procédé est employé pour faire la dent à pivot ordinaire, c'est-à-dire sans anneau autour de la racine.

Pour faire une couronne de molaire en porcelaine : l'on enlève tout l'émail existant, au moyen de corindons et de disques, de formes spéciales, puis on fait une coiffe ronde autour de la dent, qui, elle, a une forme à peu près carrée. On imite les contours et les cuspides de la dent naturelle, ou ~~bien~~, on enlève la face antérieure (face buccale) de la coiffe; on y pose une dent et l'on solidifie le tout en y ajoutant du corps de Downie.

Pour faire un bridge — travail à pont : — on prend comme piliers, comme points d'appui, soit deux dents à pivot, soit deux couronnes, ou bien une dent à pivot et une couronne. Admettons que nous ayons un bridge de la canine à la première grosse molaire du même côté ; — tout d'abord nous confectionnons une dent à pivot pour la canine et une couronne pour la grosse molaire : ceci fait, on place le tout sur un modèle et l'on place une barre de platine ou de platine et d'iridium de l'une à l'autre et l'on soude cette barre et à la dent à pivot et à la couronne ; — l'on choisit alors deux prémolaires à épingles droites, l'on recourbe l'épingle supérieure sur la barre, et l'on redresse l'épingle inférieure sur cette même barre, de sorte que les dents ont tout de suite un point solide ; — l'on peut souder ces épingles à la barre. — Ceci fait, on recouvre le tout de porcelaine et l'on fait cuire deux fois, comme nous l'avons décrit plus haut.

May BARRAL,
Docteur en Chirurgie dentaire de l'Université de Pennsylvanie.
Chirurgien-dentiste diplômé.
Chef de Clinique à l'École dentaire de Bordeaux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Du Titre de Chirurgien-Dentiste

La première Chambre du Tribunal Civil de la Seine vient de décider que le titre de Chirurgien-dentiste appartiendrait aux seuls diplômés devant les Facultés de Médecine françaises.

Nous venons de lire avec soin les plaidoiries qui ont été faites sur la question, et nous en donnons le résumé à nos lecteurs.

Me Duplas parlant au nom du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France présente les arguments suivants :

La réglementation de 1892 établit que nul ne pourra exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de Docteur ou de Chirurgien-dentiste.

Ce diplôme se révèlera d'une manière extérieure par le titre qui y sera

attaché, c'est-à-dire par la qualification de Chirurgien-dentiste. Cette qualification est l'expression extérieure et officielle du diplôme, et cette expression est pour le public la garantie de l'instruction du praticien qu'il peut consulter. A celui-ci seul, la loi confère l'usage des anesthésiques.

Or, comme la loi n'est pas inhumaine, elle stipule à l'article 32 : « Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. La loi leur refuse la pratique de l'anesthésie sans l'assistance d'un médecin.

Donc, tout en maintenant les dentistes dans leur situation ancienne, la loi ne veut pas les identifier aux Chirurgiens-dentistes nouveaux; aussi elle dit aux uns : « Chirurgiens-dentistes, vous ferez de l'anesthésie sans le secours d'un médecin; » et aux autres : « Vous, dentistes qui aviez une situation respectable et que nous respectons en fait, vous ne ferez ces anesthésies qu'avec le concours d'un médecin. »

Et comme la loi ne fait que tolérer la situation des dentistes anciens, elle leur indique le moyen de faire disparaître toute différence en leur facilitant l'acquisition du diplôme. Il est évident que sa faveur va aux dentistes diplômés, car ces dentistes sont sa création, et l'on peut voir la préoccupation du législateur dans la différence qu'il fait entre les deux expressions de dentiste et de Chirurgien-dentiste. Or, si tous bénéficiaient du même titre, les anciens dentistes n'auraient aucun intérêt à passer les examens que demande le diplôme; bien plus, la peine serait pour les candidats Chirurgiens-dentistes, le bénéfice pour eux.

Aux diplômés nouveaux, il faut, sérieuse exigence, le diplôme de bachelier ou le brevêt d'études primaires supérieures, et trois ans d'études garantis par douze inscriptions; aux patentés, la production de leur simple inscription au rôle des patentes, pour subir leurs examens, et s'ils sont diplômés d'une Ecole dentaire libre, un seul examen à passer.

Ne voit-on pas là par la faveur qu'elle leur fait, quelle est la tendance de la loi?

En résumé, la différenciation des deux titres ressort de l'esprit de la loi, des garanties de compétence exigées, et du souci du bien public.

En outre, avant la promulgation de la loi de 1892, on ne trouve jamais pour désigner la profession de dentiste l'expression de « Chirurgien-dentiste, » et si nous la trouvions, cette expression serait indument prise, car la loi de Ventôse an XI, sur l'exercice de la médecine, attribue au mot de Chirurgien une affectation médicale.

Maintenant le terme de Chirurgien-dentiste est le terme officiel et la signification d'un diplôme universitaire.

Me Augay traite ainsi la contre-partie :

L'expression de Chirurgien-dentine n'est point une invention de la loi du 30 novembre 1892. Le terme de chirurgien Χεις main εςγον travail, s'applique à toutes les branches de la médecine. Autrefois, quand il y avait à Paris, Ecole de médecine et Ecole de chirurgie, c'était devant cette dernière que le dentiste obtenait le titre de *dentiste expert* et s'intitulait dans la pratique sociale « *Chirurgien dentiste.* »

De la loi de Ventôse, an XI à 1892, la profession est libre; quel est dans cette période le titre le plus répandu? Ouvrez le prospectus de l'Ecole dentaire de Paris pour l'année 1885-1886, tout le personnel enseignant se qualifie du titre de Chirurgien-dentiste. Regardez l'Annuaire médical le Roubaud de 1882, les trois quarts des dentistes s'y intitulent Chirurgiens-dentistes, etc., etc., et après la loi, le Roubaud de 95 divise les dentistes en Chirurgiens-dentistes diplômés par la Faculté et en Chirurgiens-dentistes.

La seule distinction que la loi ait voulu faire a été, il en convient, simplement dans la pratique de l'anesthésie permise aux nouveaux, refusée aux anciens.

Cependant, lorsque le titre de Chirurgien-dentiste fut proposé à la Chambre par Me Olivier en 1892, pour mettre sur le pied d'égalité nos nationaux avec les surgeon-dentistes américains, MM. Brouardel et Cornil, au sénat, acceptèrent cet amendement, mais établirent que les termes de dentiste et de Chirurgiens-dentistes étaient équivalents, puisqu'il n'existait plus, maintenant comme autrefois, de diplômes de chirurgiens.

L'Etat n'a donc point voulu monopoliser ce titre au bénéfice des seuls diplômés.

La preuve en est dans l'article 2 de la loi qui dit : Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de Docteur en médecine ou de Chirurgien-dentiste; car, au lieu de s'exprimer ainsi, elle devrait dire si elle voulait établir une différence : « *Nul ne peut exercer la profession de Chirurgien-dentiste, s'il n'est muni du diplôme de Chirurgien-dentiste ;* »

Et dans la même loi à l'article 5, ainsi formulé : Les Chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de dentiste. — La loi ne dit donc plus de *Chirurgiens-dentistes.*

Et à l'article 9. — Les Chirurgiens-dentistes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la Préfecture.

L'expression touche aussi bien les diplômés qui changent de résidence ou les diplômés qui s'installent. L'expression est donc globale. ainsi que pour l'article 11 ou il est consigné que « l'action des Chirurgiens-dentistes, le prescrit par deux ans. »

En outre, d'après l'article 13, les Chirurgiens-dentistes bénéficient de la loi du 21 mars 1884 et peuvent se syndiquer pour défendre leurs intérêts professionnels. Ne serait-ce pas une criante injustice que les diplômés seuls bénéficient de ce droit.

Et enfin on peut lire à l'article 17 « Les Chirurgiens-dentistes et les Syndicats de Chirurgiens-dentistes peuvent poursuivre en justice l'exercice illégal de la dentisterie; et à l'article 19, l'usurpation du titre de dentiste est punie d'une amende de 100 à 150 fr. »

En résumé, l'expression de dentiste ou de Chirurgien-dentiste est équivalente dans le sens de la loi.

Les dispositions qui réglementent l'usage de l'anesthésie ne donnent pas à la loi un effet rétroactif. Auparavant les dentistes devaient se faire assister d'un médecin dans l'emploi des anesthésiques; rien n'est changé, ils continueront comme autrefois; la loi autorise seulement les diplômés à pratiquer seuls l'anesthésie, en raison de leurs nouvelles études. C'est la seule innovation qu'introduise la loi.

Si la loi n'a aucun effet rétroactif, pourquoi vouloir que les dentistes Français qui avaient pris le titre de Chirurgiens-dentistes aient à le changer? et alors les Docteurs en médecine qui ne se sont point soumis à l'examen n'auraient pas le droit d'adopter le titre de Chirurgien-dentiste?

Et il conclut de cette exposition à un procès de tendance fait par le Syndicat.

Nous publierons plus tard le résumé du réquisitoire de M. le Procureur de la république, le jugement et ses considérants.

La liberté que laisse le journal à toutes les opinions nous permet de dire que nous ne voyons aucune tendance contre le dentiste qui est l'occasion du procès, mais une tendance mani-

feste contre les dentistes non diplômés. Qu'on lise impartialement le résumé des deux plaidoiries qui ont serré la loi de près, et on n'y verra autre chose qu'une chicane de mots aboutissant à une chicane de groupement à groupement.

Aussi bien que par nos attaches, nous ayons à défendre les droits des Chirurgiens-dentistes que nous formons, nous croyons qu'il y a des questions d'humanité et de justice dont nous ne devons pas nous détacher.

A voir le retentissement que prennent de pareilles affaires et l'infériorité très marquée où l'absence de diplôme les placera vis-à-vis de la clientèle, il est à présumer qu'un mouvement s'accusera plus nettement vers le diplôme, et que tous les dentistes un peu doués l'obtiendront avant peu. Un an de travail sérieux et bien dirigé suffit. Il ne resterait donc jouissant de la patente et du titre de Chirurgien-dentiste que les pauvres vieux de la profession et quelques cancres. Pour les pauvres vieux, M. Papon l'a fort justement dit : le temps, ce grand niveleur se chargerait d'éteindre leurs prétentions; pour les cancres, quantité négligeable, et naturellement percés à jour par les méthodes que les diplômés emploient, leur clientèle s'amoindrirait si vite qu'ils seraient obligés de chercher des moyens d'existence dans des emplois que leur accorderaient leurs confrères plus instruits.

Tout ceci, nous le savons, n'est qu'une question de sentiment, et nous avons cru utile de l'examiner avant de nous incliner devant les arrêts de la loi. « *dura lex sed lex.* »

BIBLIOGRAPHIE

DE LA CHUTE SPONTANÉE DES DENTS DANS LE TABES

par le Docteur LA FONTAINE, Officier d'Académie.

Aux phénomènes généraux et classiques de l'ataxie locomotrice, s'ajoutent des symptômes nombreux et divers, connus sous le nom de troubles trophiques. Ces désordres atteignent les articulations, les os, la peau, les ongles, les dents, etc., etc.

La chute des ongles et des dents a appelé l'attention du Docteur La Fontaine. Bientôt, ce clinicien se spécialise encore et apporte l'effort de toutes ses investigations sur la *chute spontanée des dents*, qui n'a pas été l'objet de recherches aussi nombreuses et d'une étude aussi spéciale que la chute des ongles.

Le but qu'il se propose est d'apporter son modeste contingent d'observations, afin de mieux déterminer ce symptôme de la chute spontanée, d'en étudier l'évolution sur le vif, de la classer dans telle ou telle période de la maladie, d'essayer de le rattacher à telle lésion, en un mot, d'en mieux préciser les caractères.

Son travail se divise en cinq parties :

1°. — Un historique succinct des différents travaux faits sur la question de la chute spontanée des dents.

2°. — La symptomatologie déjà établie par les auteurs, additionnée peut-être de quelques faits remarqués par M. La Fontaine.

3°. — Les observations au nombre de onze, ayant trait à des ataxiques avérés, pris dans les services les plus importants de l'Hôpital St-André et de l'Hospice général de Pellegrin.

4°. — Quelques indications sur la pathogénie.

5°. — Les conclusions.

Depuis longtemps déjà, dit le Docteur La Fontaine, *la chute spontanée des dents* est un fait remarqué, mais il a été plus particulièrement attribué au diabète, à la paralysie générale, à la syphilis et à la fièvre typhoïde. Il n'en était nullement question comme symptôme du tabes.

En 1868 et 1869 seulement parurent quelques travaux. MM. Labbé et Delbeau publièrent les premières observations sur ce sujet, signalant la chute spontanée des dents comme un phénomène possible du tabes.

Dès ce moment, la science est éveillée sur cette question.

En 1870, Duplay observait un cas semblable aux précédents.

En 1871, Dubreuil (de Montpellier), publiait trois nouveaux exemples.

A ce moment, il y a comme un arrêt dans ces observations, soit qu'on n'ait plus constaté de pareils faits, soit qu'on ait pas cru devoir les considérer comme probants.

Ce n'est qu'en 1879, c'est-à-dire huit ans après, qu'il se produit un nouvel élan, cette fois plus sérieux, plus fertile et qui sera le vrai point de départ, la consécration de ce phénomène.

En 1879 en effet M. Vallin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, publia sur ce sujet un mémoire contenant trois observations qui firent l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 juillet).

Dans cette même séance furent également lus deux cas de chute spontanée, observés par le docteur Vallin et rapportés dans la thèse de Hay-Margirandière, 1883.

En 1882, M. Demange (de Nancy), publia deux nouveaux exemples de ce curieux accident, preuve que jusque là, ce phénomène était considéré comme une manifestation relativement rare du tabes. Mais ces observations de M. Démange avaient la supériorité sur celles de M. Vallin, de reposer sur l'autopsie et l'examen anatomopathologique ; des lésions bulbaires furent constatées, elles furent publiées dans la thèse de M. le docteur Bonnieu, 1883.

Voici du reste comment s'exprime, au sujet des observations de MM. Vallin et Demange, le Dictionnaire des sciences médicales à l'article « Ataxie », sous le nom de M. le professeur Raymond :

« Demange et Vallin ont récemment publié des observations de tabes, qui présentaient une particularité curieuse et nouvelle, savoir : la chute spontanée des dents consécutive à une véritable exfoliation du rebord alvéolaire du maxillaire. Nous-même, avons constaté ces faits à l'hôpital d'Ivry et les avons mentionnés dans la thèse de notre élève H. Bonnieu. Or, Vallin se fondant, il est vrai, sur les résultats d'un simple examen à l'œil nu, est d'avis que cette exfoliation du rebord alvéolaire qui entraîne la chute spontanée des dents est due à une ostéite raréfiante, en tous points comparable à celle qui prépare le terrain aux fractures spontanées dont il est question plus haut. Ajoutons que dans plusieurs des observations publiées jusqu'à ce jour ces phénomènes insolites du côté du maxillaire étaient manifestement en rapport avec des crises douloureuses affectant comme siège le tronc et les ramifications de la cinquième paire. »

Disons tout de suite que ces douleurs ne peuvent être considérées comme constantes ; nous le verrons dans divers cas déjà cités et même dans nos observations personnelles.

A propos des cas de Vallin, Fournier ajoute : « Notons ce détail négatif qui a son importance relativement à la pathogénie des accidents ; jamais, au préalable, ce malade n'avait souffert de névralgie dentaire ni de douleur fulgurante dans le trajet du trijumeau ; il n'avait jamais, non plus, été affecté de zona ophtalmique. »

Et, commentant le cas de Vallin, dont le sujet, ancien syphilitique, était atteint de tabes, il dit que « contrairement au sien, des névralgies trifaciales servirent de préludes à l'ébranlement : plusieurs dents devinrent mobiles simultanément et d'une façon rapide ; six furent extraites dans une même séance, presque sans effusion de sang ; toutes étaient absolument saines. »

En 1879, Fournier cite, à l'appui de sa thèse, un cas qu'il a constaté à la salle Saint-Louis : la chute spontanée des dents, chez un tabétique syphilitique, coïncidait avec la chute des ongles et le mal perforant plantaire ; ce malade présentait tous les troubles de la cinquième paire qui caractérisent le *masque tabétique* avec anesthésie.

En 1882, MM. David et Galippe, après avoir longuement étudié les faits, soutenaient dans deux mémoires la thèse du tabes agissant par résorption du maxillaire ; Galippe faisant en outre intervenir, comme adjuvant des lésions, la pyorrhée alvéolaire.

En 1883, le docteur Bonnieu, dans sa thèse relate simplement les observations de Vallin et de Demange, insistent sur le caractère bulbaire des phénomènes.

En 1883, encore, M. Hay-Margirandière cite deux observations cliniques du docteur Vallier : la chute des dents s'était faite sans douleur préventive.

A cette même époque, nous trouvons dans la thèse de M. Lhoste l'observation d'un malade chez lequel toutes les dents sont tombées en deux mois, et sans aucune douleur des gencives ni des dents.

En 1885, Manoha (thèse de Montpellier, atrophie du maxillaire supérieur), rassemble les observations déjà parues et sait établir le premier des divisions dans la marche de la résorption tabétique d'après les accidents divers de la région buccale.

La première de ces divisions a pour type bien net les faits Labbé, Vallin, Demange. L'auteur adopte en partie l'idée déjà émise par Galippe.

Luys s'est occupé de la question, faisant remarquer qu'à une certaine période du tabes la lèvre inférieure des malades vient se placer au-devant de la lèvre supérieure qui est en retrait, par suite de la chute des dents et de la résorption avéolaire du maxillaire supérieur.

Follin cite un cas qu'il a observé dans lequel les dents les plus saillantes étaient celles dont les alvéoles se résorbaient le plus rapidement.

Cette même année nous trouvons *(Gazette Médicale de Montpellier, 1885)* un cas dans lequel M. Lereboullet constatait depuis quelque temps la perte des cheveux et des dents du côté gauche, sans pouvoir en trouver l'explication, lorsque l'ataxie par des symptômes indéniables se confirma chez le malade.

En 1890, au commencement ne l'année, M. le professeur Lanelongue, de Bordeaux, recevait dans son service un malade atteint de mal perforant et d'autres symptômes tabétiques ; en quelques mois le malade perdit

toutes ses dents très saines ; M. Lanelongue conclut à une lésion d'origine névritique ; le sujet fut présenté par M. Baudet, interne des hôpitaux, à la Société d'anatomie de Bordeaux où il fut examiné par M. le professeur Pitres, qui émit l'hypothèse de troubles névritiques dans le tabes.

En 1892 M. Carrière dans sa thèse soutenue à Paris sur l'atrophie progressive des arcades alvéolaires, inspirée par M. Baudet, relate et commente l'observation de M. Lanelongue.

Dans cette même thèse M. Carrière mentionne trois autres cas de chute de dents chez les ataxiques, cas observés par M. le professeur Joffroy, qui peuvent être classés dans le groupe Vallin-Demange ou dans les deux premières divisions de Baudet.

En 1894, M. Baudet (*Union Médicale* de novembre) publiait un nouveau cas signalé par M. Touchard, professeur à l'école dentaire de Paris : « ce malade n'a plus de dents à la mâchoire supérieure, le rebord alvéolaire a complètement disparu. »

Enfin, mentionnons les noms de MM. Fournier, Hudélo, Letulle, qui dans des publications récentes et Galippe dans un article du *Journal des Connaissances médicales* viennent de présenter la question sous un nouveau jour, faisant du mal perforant buccal une aggravation, un degré plus avancé de la résorption progressive.

Un état détaillé de la question pour le cas particulier de la résorption alvéolaire vient d'être publié par M. Baudet (*Arch. de Méd.* 1895).

On le voit, il n'existe sur cette question que des travaux français.

En Italie seulement on s'est occupé de ce sujet : Millioti, de Milan, dans son livre sur le tabes s'est plus particulièrement attaché à rechercher s'il y a douleur prémonitoire à la chute des dents. Au chapitre des symptômes nous reviendrons sur la contribution qu'il a apporté à cette étude.

Le docteur La Fontaine constate la résorption alvéolaire chez ses malades ; il en fait la cause effective de la chute spontanée des dents.

Elle serait due à une névrite. Mais cette névrite périphérique est-elle primitive ou secondaire, ou encore cœxiste-t-elle avec d'autres lésions des cellules du ganglion de Gasser ou des centres bulbo pédonculaires ?

Point de lumières sur ce point.

Il ne pense point comme Galippe que la pyorrhée alvéolo-dentaire aggravée de tabes explique la chute spontanée des dents ; loin de là, et ce qui est plus caractéristique, l'auteur a constaté l'intégrité absolue du périoste dentaire, qui s'il y avait pyorrhée serait certainement détruit par elle.

Vallin estime que les usures des os sont le résultat d'une ostéïte raréfiante. Charcot et Liouville croient que le trouble trophique est caractérisé par une ortéoporose du maxillaire.

Les recherches anatomo-pathologiques du docteur La Fontaine concordent avec cette dernière opinion ; il se range à une ortéoporose des maxillaires.

Les exemples qu'il fournit dans ses observations sont probants. Nous ne pouvons pas suivre en détail les longues observations qu'il publie et qui sont le fruit de sérieuses études. Arrivons aux conclusions ; c'est ainsi que l'auteur résume cet intéressant travail :

1. — La chute spontanée des dents peut être un symptôme du tabes. D'après nos recherches on l'observerait dans 8 à 10 pour 100 des cas environ. Mais peut-être le fait n'a-t-il pas été signalé dans toutes les observations.

2. — Ce phénomène se montre à toutes les périodes de la maladie, mais surtout à la période préataxique ainsi qu'il ressort de nos observations.

3. — Les dents tombent généralement sans douleur, sans hémorragie, mais leur chute est *précédée* d'un certain nombre de symptômes subjectifs qui sont dans la sphère du nerf trijumeau, douleurs fulgurantes ou non, sensation d'agacement de dents, gonflement des lèvres et de la joue, etc.

Les dents sont ou bien saines et même absolument intactes, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien cariées si elles l'étaient antérieurement et par toutes autres causes que le tabes.

Elles peuvent être entourées malgré des soins quotidiens d'une épaisse gaîne de tartre qui les recouvre entièrement.

4. — Les dents tombent surtout au niveau du maxillaire supérieur. Les canines et les prémolaires préludent à la chute spontanée.

5. — Elles se déchaussent par leur face interne au M. S. à l'encontre de ce qui se passe pour le M. I. ou le déchaussement se fait par la face externe.

Le rebord alvéolaire subit en même temps que les dents tombent un processus de résorption si accusé que le rebord finit par disparaître complètement.

A ce rebord ainsi résorbé sont parfois appendues des racines entre lesquelles s'est interposé un pont ginvigal qui les maintient adhérentes (Obs. I.)

7. — Le rebord alvéolaire est résorbé primitivement, et la gencive et le périoste peuvent subsister comme nous l'avons vu chez notre malade (Obs. I.) : la cloison gingivale située entre les racines d'une molaire était intacte alors que le rebord alvéolaire avait disparu *complètement.*

8. — La chute spontanée des dents paraît être due à un trouble du système nerveux dans le territoire du trijumeau et des vaso-moteurs qui l'accompagnent ; les recherches anatomo-cliniques et expérimentales ne permettent pas encore de se prononcer sur la *nature* de ce trouble.

La raréfaction alvéolaire — de même ordre que la modification osseuse qui prédispose aux fractures spontanées — semble se trouver à l'origine de la chute des dents.

La périoste alvéolo-dentaire, véritable ligament comparable à ceux des articulations persiste malgré la résorption de l'alvéolo et maintient la dent jusqu'à ce qu'une cause brusque, la mastication par exemple, l'arrache de son point d'adhérence.

Parfois si la résorption alvéolaire n'est pas aussi complète, les traumatismes entrainent la chute par luxation.

L'alvéole transformé en cornet osseux extrêmement mince et friable (Vallin) peut tomber et s'exfolier avant ou après la dent elle-même.

Ce travail, comme tous ceux qui touchent à des problèmes multiples et complexes, n'est qu'une mise au point fort lumineuse de la question. Mais nous le déclarons, les problèmes restent les mêmes, ils sont simplement posés et non résolus dans l'ouvrage du Docteur La Fontaine. Nous ne pouvons que le féliciter de la réserve qu'il a mise à ne point présenter sur des points qui sont encore à peine connus de la clinique, des opinions capables de faire hésiter les anatomo-pathologistes. Nous souhaitons que de nouvelles études soient faites sur l'innervation des maxillaires, du périoste alvéolo-dentaire et de la dent elle-même, parties histologiques sur les quelles rien de satisfaisant n'a encore été écrit et que, quelque chercheur utilisant les

procédés de Golgi et de Ramon y Cajal, précise des points qui sont encore trop incertains.

Alors seulement, quand on connaîtra l'anatomie normale de ces régions on pourra en étudier avec fruit l'anatomie pathologique et établir avec quelque assurance des opinions sur la pathogénie de ces affections.

Le travail de M. le Docteur La Fontaine est une question nettement délimitée, posée à la science; c'est aux chercheurs à y répondre.

C'est en résumé un travail scientifique consciencieux qu'on lira avec d'autant plus de plaisir qu'il est écrit dans un style élégant et sobre.

Nous en conseillons la lecture à tous ceux qui s'occupent de la science, et à tous ceux qui sont soucieux de connaître ce qui s'écrit sur leur spécialité traitant du système nerveux ou de l'art dentaire, et nous adressons à notre distingué confrère, nos plus sincères félicitations.

CHRONIQUE LOCALE

Examens de première année

MM. Buchy, Obre, Oubrèrie, Dupin et Phelippeau ont subi avec succès les examens de validation de fin d'année, le 10 Novembre dernier.

Ces étudiants ayant validé leurs quatre premières inscriptions seront admis à prendre leur cinquième inscription à la rentrée de Novembre.

Concours de Chefs de Clinique et de Chefs de Laboratoire de Prothèse

---

MM. May-Barral et docteur Quéré ont été reçus Chefs de Clinique dentaire à l'École et Clinique dentaires de Bordeaux, après un très brillant concours.

M. Louis Seigle a été nommé Chef du Laboratoire de prothèse. Les pièces de prothèse qu'il a préparées pour ce concours et qu'on peut voir dans les vitrines du musée de l'école sont : un travail à pont, un dentier complet à ressort monté sur caoutchouc, une pièce métal de six dents, et enfin, une couronne de porcelaine de grosse molaire. — Ces travaux sont faits avec un soin et une conscience telles, que leur perfection semble presque idéale.

Aussi, M. le professeur Lot, président du concours, a exprimé fort éloquemment les félicitations du Jury, aux distingués candidats, et a prié M. Seigle de publier dans le prochain numéro des Annales, le travail magistral qu'il a écrit sur le travail à pont.

Concours de Démonstrateurs de Clinique et de Prothèse dentaire.

Après l'exécution de leurs travaux pratiques, MM. les Candidats ont subis l'épreuve orale de dix minutes sur les sujets suivants : Etude macroscopique des grosses molaires. — De la carie du troisième degré. — Et enfin la troisième épreuve, extraction dentaire et anesthésie.

Ces épreuves ont été faites d'une façon très satisfaisante, et MM. Cayrol, Denoyer, Lassaque, Armand, Papon, ont été désignés pour être démonstrateurs de Clinique dentaire.

M. Porentru a fait un dentier complet de haut, et a estampé une pièce métallique. Il a fait ensuite une petite leçon de dix minutes pour expliquer ces diverses opérations. Le Jury a jugé M. Porentru digne d'être nommé démonstrateur de prothèse.

M. le Docteur Dutour a adressé en termes excellents les compliments du Jury aux jeunes Candidats, leur a dit que la distinction dont ils étaient l'objet, s'accompagnait de devoirs délicats, et qu'il comptait sur eux pour donner l'exemple du travail, de la régularité et de la tenue.

Association générale des Étudiants de Bordeaux.

Nous portons à la connaissance de MM. les Etudiants en Chirurgie dentaire, la lettre que nous recevons :

Bordeaux, 4 Novembre 1896.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que ceux de vos élèves qui tiennent à faire partie de notre association peuvent se faire inscrire au siège social de notre cercle, où un carnet à souche de reçus est déposé entre les mains du gérant.

Le montant de la cotisation est de 15 francs, payables en totalité, au début de l'année scolaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma plus respectueuse considération.

VERGÉR.
Président de l'Association.

Nous ne saurions trop engager les Etudiants en Chirurgie dentaire à répondre à l'appel de leurs camarades des Facultés. Leur union avec eux est appelée d'abord à contribuer beaucoup au relèvement du prestige de l'art dentaire français; en outre, elle facilitera entre les jeunes gens de la même génération des relations précieuses à conserver dans la vie, lorsque les uns et les autres seront sortis des milieux universitaires.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux Arts;
Vu la loi du 30 novembre 1892, relatif à l'exercice de la médecine,
Vu le décret en date du 25 juillet 1893,
Vu les décrets du 31 décembre 1894.

Arrête :

Art. I. — En exécution des articles 3, 4 et 5 du décret du 25 juillet 1893 sus visé et de l'article 1er du décret du 31 décembre 1894 également sus visé, une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira en novembre 1896 à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux.

La date de l'ouverture de cette session sera fixée par le Doyen de la Faculté.

Art. II. — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1o Pour les trois examens :

Les dentistes inscrits au rôle des patentes du 1er janvier 1892 ;

2o Pour les deux derniers examens :

A. — Les dentistes de nationalité française inscrits aux rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889;

B. — Les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions, qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier (*décret du 31 décembre 1894*).

Art. III. — Les candidats se feront inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux aux dates fixées par le Doyen de la Faculté.

Ils produiront les pièces ci-après désignées :

1o Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce;

2o Un extrait de leur casier judiciaire,

Et, suivant les cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes, soit au 1er janvier 1892, soit antérieurement au 1er janvier 1889;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Un certificat de scolarité indiquant qu'ils sont titulaires de douze inscriptions de doctorat en médecine et qu'ils ont accompli le stage prévu par le décret du 31 décembre 1894.

Art. IV. — Ils consigneront les droits d'examen et de certificat d'aptitude fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

Art. V. — Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure.

Art. VI. — M. le Recteur de l'Académie de Bordeaux est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 30 octobre 1896.

Signé : A. RAMBAUD.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire de l'Académie,

Signé : DUBROCA.

Pour ampliation :

Le Directeur de l'enseignement supérieur,

Conseiller d'Etat.

Signé : L. LIARD.

Bordeaux. — Imprimerie des 4 Frères, rue Capdeville, 32.